FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 318

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

DE CHAMPS DE SAINT-LÉGER

DE L'EMPLOI DU CERCLAGE

DANS

L'Occlusion des Fistules latérales

DU TUBE DIGESTIF

(Gastrostomie et Entérostomie)

Président : QUÉNU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1913

318

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

DE CHAMPS DE SAINT-LÉGER

DE L'EMPLOI DU CERCLAGE

DANS

L'Occlusion des Fistules latérales

DU TUBE DIGESTIF

(Gastrostomie et Entérostomie)

Président : QUÉNU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON PÈRE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

LE PROFESSEUR LEGUEU

LE DOCTEUR FAISANS

LE DOCTEUR CAUSSADE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY

LE DOCTEUR TISSIER

LE DOCTEUR JEAN HALLÉ

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉLIX TERRIEN

ET A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENORMANT

Qui a bien voulu nous diriger dans ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR E. QUÉNU

DE L'EMPLOI DU CERCLAGE

DANS

L'Occlusion des Fistules latérales

DU TUBE DIGESTIF

(Gastrostomie et Entérostomie)

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le professeur agrégé Lenormant, qui a bien voulu nous permettre d'exposer ici un procédé opératoire qui lui est personnel pour la fermeture des anus contre nature sans éperon et des fistules labiées de l'intestin.

Cette opération est, en effet, dans bien des circonstances l'un des problèmes les plus difficiles de la chirurgie intestinale. Car, d'une part, elle n'est que le complément nécessaire d'une intervention d'urgence qui a eu pour but de dériver le cours des matières, momentanément entravé pour une cause quelconque. L'expérience montre, et la première observation que nous rapportons en est la preuve, que la persistance de ces anus donne lieu à tout un ensemble d'accidents qui en font une véritable infirmité pour le malade. Et, d'autre part, les statistiques sont là pour le prouver, la fermeture d'un anus artificiel est loin

d'être, dans bien des cas, une opération bénigne pour le malade.

Nombreux sont les procédés utilisés par les chirurgiens pour obtenir la fermeture des anus artificiels. Pour ne parler que des procédés extra-péritonéaux, qui seuls nous intéressent ici, nous citerons celui de Malgaigne qui montrait l'avantage qu'il y a à suturer séparément l'intestin et les divers plans de la paroi. Après lui, et plus récemment Jeannel, partant du même principe que Malgaigne, insiste sur la nécessité d'affronter non des bords, mais des surfaces, pour obtenir une réunion solide et immédiate.

Depuis Chaput, et enfin Biondi, ont décrit des procédés qui ne diffèrent que par quelques points de détail de ceux précédemment employés, et dont la technique sera exposée dans la première partie de ce travail.

Qu'il soit bien entendu que le procédé que nous décrivons ici, s'applique uniquement aux anus artificiels sans éperon, et aux fistules labiées de l'intestin. Ce qui en fait l'originalité, c'est le cerclage de l'orifice par un fil qui ramasse les tissus, répondant à ce double but d'affronter des surfaces larges, et de soulager les sutures en empêchant qu'elles ne coupent sous l'influence de la toux et des efforts du malade.

C'est M. Lenormant qui, le premier, eut l'idée de combiner le cerclage au procédé de dédoublement déjà préconisé par ses devanciers, puisqu'au Congrès de Chirurgie de 1910, à propos d'une communication sur un cas de volvulus du cæcum, M. Lenormant

s'exprimait en ces termes : « Je signale à ce propos, sans y insister autrement ici, le petit procédé que j'ai employé chez ma malade et que j'avais expérimenté déjà pour obtenir la fermeture de l'anus cæcal dans un cas d'iléus paralytique. Mes deux malades ont guéri parfaitement en huit jours. Ce procédé consiste à pratiquer un avivement des bords de l'anus artificiel, en dédoublant sur tout son pourtour la muqueuse et la peau, puis à suturer isolément les lèvres muqueuses au catgut, et les lèvres cutanées à la soie fine et au crin de Florence.

» Préalablement, et c'est je crois la condition nécessaire du succès, on aura, pour éviter la tension qui fait couper les sutures, cerclé l'anus artificiel par un fil perdu, exactement comme on fait le cerclage de l'anus dans l'opération de Thiersch pour le prolapsus du rectum. »

M. Robineau, chirurgien des hôpitaux de Paris, a employé le procédé du cerclage, dans un but différent que celui visé par M. Lenormant. Comme le prouvent les observations rapportées à la fin de ce travail, M. Robineau l'a appliqué à la cure des orifices de gastrostomies non dans le but de les fermer et d'obtenir une réunion par première intention, mais bien de les rétrécir et d'avoir par là même une fistule gastrique continente.

Enfin l'année dernière, von Hacker, dans le numéro du mois de juin du *Zentralblatt für Chirurgie* a publié une technique un peu différente et plus compliquée du cerclage dont les détails seront décrits

plus loin. Le chirurgien allemand a par contre recherché dans le cerclage le même effet que M. Lenormant, c'est-à-dire la fermeture immédiate et complète des fistules soit gastriques, soit intestinales.

Nous ne saurions trop exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Lenormant, qui a bien voulu nous guider de ses conseils et nous donner les observations reproduites dans ce travail.

Nous remercions également MM. Anselme Schwartz et Robineau, chirurgiens des hôpitaux, et M. Sauvage, accoucheur des hôpitaux, qui nous ont fourni d'intéressantes observations.

Ce travail comprendra plusieurs chapitres : nous décrirons d'abord les autres méthodes extra-péritonéales de fermeture des anus artificiels et leur technique : nous indiquerons ensuite dans un deuxième chapitre la technique de M. Lenormant, celle de M. Robineau et enfin le procédé de von Hacker. Enfin nous terminerons, en montrant les indications opératoires et les résultats du cerclage.

CHAPITRE PREMIER

DES PROCÉDÉS EXTRA-PÉRITONÉAUX DE FERMETURE DES ANUS ARTIFICIELS SANS ÉPERON ET DES FISTULES LABIÉES DE L'INTESTIN

Procédé de Malgaigne

Voici la technique suivie par Malgaigne, telle qu'elle a été décrite par lui-même, dans *le Manuel de médecine opératoire de Malgaigne et Lefort* (1877, p. 415).

« Je commence par aviver le trajet anormal dans toute son épaisseur, jusqu'à l'intestin exclusivement en détachant celui-ci avec soin de ses adhérences extérieures et en prenant garde cependant que ces adhérences sont quelquefois fort peu étendues et qu'en les décollant au delà d'un demi-centimètre, on risquerait d'ouvrir le péritoine. Je renverse alors en dedans sans les aviver les deux lèvres de l'intestin et je les réunis par une suture en piqué, de manière à les adosser par leur surface externe. Par-dessus cette première suture, il ne reste qu'à aviver et réunir les chairs par la suture entortillée, ou la suture enchevillée, en prenant d'ailleurs toutes les

précautions nécessaires pour éviter le tiraillement des parties et recourant au besoin, aux divers procédés autoplastiques. »

Et Malgaigne ajoute : « Le point essentiel de ce procédé consiste à isoler l'intestin et à replier en dedans ses deux lèvres pour fermer la plaie extérieure par-dessus. »

Procédé de Jeannel

Il circonscrit l'anus par une incision circulaire tracée à 1 centimètre de l'orifice et pénétrant parallèlement aux parois du trajet anal jusqu'au péritoine exclusivement : si, dans cette dissection, il ouvre par hasard la séreuse, il la referme aussitôt par un point de suture. Il invagine alors le trajet anal en lui-même, sans en rien réséquer, et il en adosse exactement les surfaces cruentées, qu'elles soient ou non séreuses, par un surjet à points entrelacés à la manière de Doyen. Il ferme ainsi l'anus aussi hermétiquement que possible au moyen des parois disséquées et retroussées du trajet anal. Cela fait, sur la coupe pariétale il extirpe le tissu inodulaire de manière à découvrir pour le mieux les couches normales de la paroi. Pour cela, il faut, par excision ou dissection, dédoubler pour ainsi dire la paroi au niveau de la couche musculaire sans réséquer la peau : on a l'avantage précieux de multiplier ainsi les surfaces cruentées à suturer.

Lorsque les couches de la paroi sont bien reconnaissables, Jeannel les suture méthodiquement par trois pans, en ayant soin d'affronter, non pas des bords, mais des surfaces larges, ce qu'il obtient en renversant en dedans les couches musculaires et aponévrotiques, et en dehors la couche cutanée.

Lorsque la suture est terminée, les couches musculaires et aponévrotiques font une moue, un bourrelet saillant vers l'abdomen, la couche cutanée fait une moue saillante en dehors.

Procédé de Chaput

Chaput a décrit dans *les Archives de Médecine* de 1890 (p. 155) un procédé de fermeture qu'il appelle « suture par abrasion ». Le cylindre bi-intestinal est disséqué sur toute sa circonférence et sur une hauteur d'environ 2 centimètres. J'enlève aux ciseaux la partie exubérante de la muqueuse formant champignon, puis avec une curette tranchante, j'abrase encore la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence du cylindre en question. Cette abrasion présente deux avantages considérables. D'une part, elle supprime la muqueuse qui est l'obstacle capital s'opposant à la réunion comme l'a dit Ch. Robin depuis longtemps, et comme tous les chirurgiens le savent. D'autre part, grâce à cette manœuvre, la couche sous-jacente se trouve avivée et toute prête à la réunion. J'applique alors mes

parois intestinales l'une contre l'autre, surface interne contre surface interne, et avec une aiguille et de la soie fine, je fais une série de points séparés qui soudent les deux lèvres ensemble. Quand la suture est finie, il importe d'en parcourir la longueur avec la pointe d'une sonde cannelée : il est rare qu'on ne trouve pas un endroit où la sonde s'enfonce : en ce point, on jettera un fil supplémentaire. L'intestin vient d'être réuni, reste la paroi que nous allons suturer aux crins de Florence. Nous aurons souvent besoin d'exciser au bistouri les bords cutanés inversés, indurés, calleux, mal disposés pour la réunion. Nous placerons alors avec l'aiguille de Reverdin, des points profonds et superficiels en nombre suffisant.

Il est facile de comprendre que la même opération est tout à fait applicable aux fistules stercorales simples, bien accessibles, sans complications. Ici encore, on mobilisera l'intestin, on abrasera la muqueuse, et on suturera l'intestin face interne contre elle-même avec suture distincte pour la paroi abdominale.

Procédé de Biondi (1)

« Supposons, écrit ce dernier, une fistule stercorale labiée ou un anus dont l'éperon a été sectionné ou écrasé à l'entérotome. On incise la peau à 2 ou 3 centimètres tout autour de l'anus. On dissèque

---

1. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1909, t. XXXV, p. 923.

le lambeau cutané circulaire ainsi formé, et on en suture ensemble les deux bords, en rabattant la face épidermique vers la lumière intestinale, puis on enfouit cette suture sous une autre, comprenant le tissu cellulaire sous-péritonéal. On reconstitue ensuite la paroi en trois plans. »

Enfin, M. Savariaud a présenté à la Société de Chirurgie en 1909, 2 observations de malades opérés par lui, avec un procédé qui est décrit dans la première de ces observations, et qui se rapproche beaucoup du procédé de Biondi que nous venons de décrire. Mais, au cours de l'intervention, l'auteur fut obligé d'ouvrir largement le péritoine et d'attirer l'anse au dehors, effectuant ainsi une opération intrapéritonéale. Nous ne décrirons donc pas cette technique, qui ne rentre plus dans le cadre de cette étude.

CHAPITRE II

Procédé de M. Lenormant

Selon l'expression même de l'auteur, ce procédé « consiste essentiellement dans la combinaison du procédé classique du dédoublement, avec le cerclage de l'anus artificiel ».

L'opération comprend les temps suivants :

Premier temps. — Courte incision de 5 à 6 millimètres faite à 2 ou 3 centimètres de l'anus artificiel, pénétrant jusqu'au plan musculo-aponévrotique. Par cette incision, on faufile circulairement, tout autour de l'orifice, et en restant à 2 ou 3 centimètres de lui, dans l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique, un fort fil de catgut (n° 2). En employant une aiguille courbe du type de l'aiguille d'Emmet ou de Doyen, il est facile de passer ce fil circulaire, en deux fois, l'aiguille sortant chaque fois par le même point de telle sorte qu'une incision unique est suffisante. Le fil ainsi placé et dont les deux chefs sortent par l'incision, n'est pas encore serré, on enveloppe ses deux chefs dans une compresse (fig. 1, 2 et 3).

Deuxième temps. — *Avivement des bords de l'anus par dédoublement de la muqueuse et de la peau :* ce temps est toujours un peu délicat en raison de l'induration cicatricielle des tissus au voisinage de l'anus. On poursuivra, si possible, le dédoublement dans une étendue de 10 à 15 millimètres.

Troisième temps. — *Suture par adossement des lèvres muqueuses de l'orifice* (*points séparés ou surjet*). — Le catgut fin semble préférable à la soie et au fil de lin, parce que les chances d'élimination sont moindres.

Quatrième temps (fig. 5). — A ce moment seulement, on reprend le fil de cerclage, on le serre à fond et on le noue. Tous les tissus se froncent au pourtour de l'orifice, qui se trouve ainsi fermé. Les chefs sont coupés au ras du nœud, et celui-ci enfoui sous un point de suture, fermant la petite incision latérale.

Cinquième temps. — On termine en suturant comme d'ordinaire les lèvres cutanées de l'anus artificiel.

Dans ses premières interventions, M. Lenormant a employé, pour le cerclage de l'anus artificiel, un fil métallique ; mais, ayant eu chez un malade (obs. IV) une élimination tardive de ce fil (sans réouverture de l'anus) il donne la préférence à un fil résorbable, le catgut.

Deux points importants méritent d'être précisés dans cette technique, et M. Lenormant y insiste :

1° Ne passer le fil de cerclage qu'à une certaine distance de l'orifice, 2 ou 3 centimètres au moins, afin que le fil, au moment du serrage, n'apparaisse pas dans la zone de dédoublement cutanéo-muqueuse, et qu'une plus grande épaisseur de tissu ainsi condensé, permette d'affronter des surfaces larges.

2° Ne serrer le fil de cerclage qu'après avoir terminé la suture muqueuse et à ce moment seulement.

Technique de M. Robineau

Comme nous l'avons dit, au début de ce travail, et comme le montrent les observations qu'il a bien voulu nous donner, M. Robineau a employé le cerclage dans un but différent de celui qui est recherché par M. Lenormant. Nous allons reproduire, à ce sujet, les notes qu'il nous a confiées : « mes premiers essais ont eu pour but de rétrécir des fistules gastriques incontinentes. Deux points sont à retenir : l'impossibilité où j'ai toujours été de fermer l'orifice, même en serrant à fond le fil : le froncement des tissus autour de l'orifice qui se transforme en un véritable trajet. Bien entendu, il n'est pas question ici d'avivement, à moins qu'on ne veuille oblitérer une fistule gastrique temporaire.

« Dans les anus contre nature, je n'ai pas cherché, comme Lenormant, une réunion par première intention ; j'ai seulement cherché à diminuer l'étendue de

FIG. 1

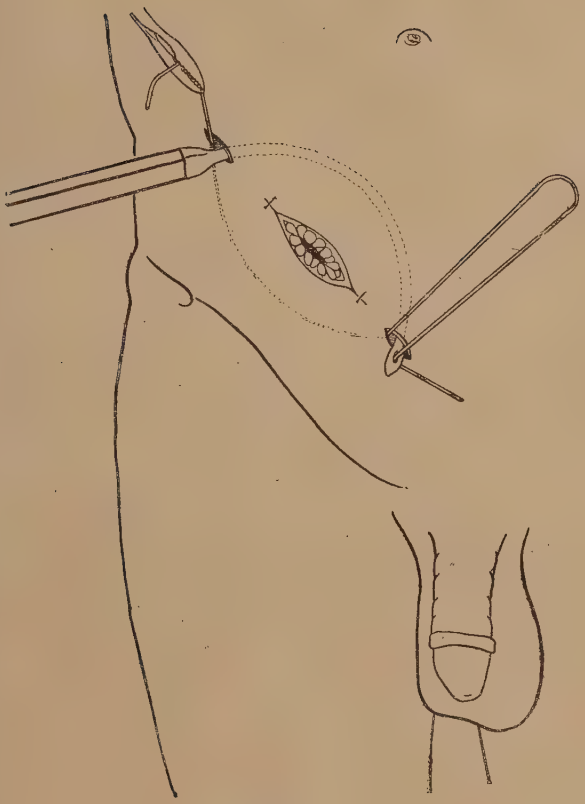

Fig. 2

Fig. 3

Coupe schématique d'une anse intestinale avant et après le cerclage

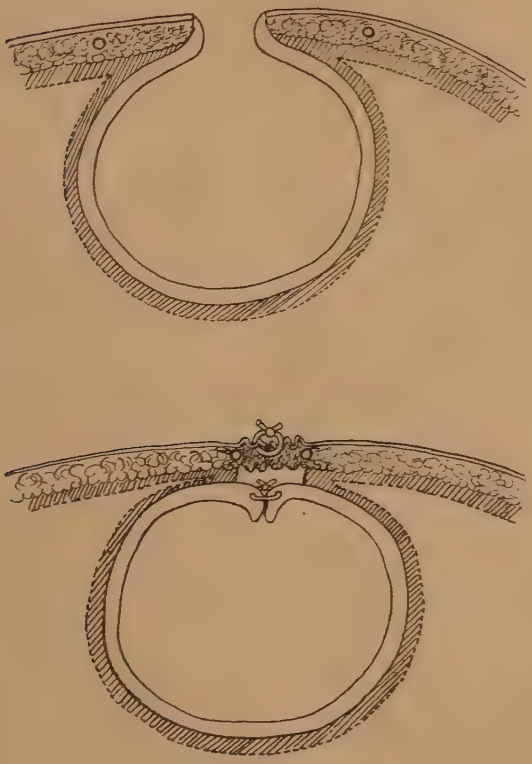

Fig. 4 et 5

l'orifice et à obtenir une réunion secondaire par bourgeonnement, après avivement simple.

« Aussi ai-je opéré avec anesthésie locale ou sans anesthésie : il n'y a que deux piqûres d'aiguille à supporter.

Voici la technique suivie :

« Deux ponctions sont faites à la peau à 3 ou 4 millimètres des bords de l'orifice et suivant un diamètre de préférence perpendiculaire à la cicatrice.

« Une aiguille courbe introduite par l'orifice n° 1 (fig. 6) chemine autour du trou dans les muscles et ressort par le trou n° 2 où elle est armée d'un fil ; on la retire et le fil parcourt la demi-circonférence supérieure (je suppose) de la fistule. Même manœuvre pour la demi-circonférence inférieure.

« Avant de serrer le fil, je fais l'avivement, j'abrase simplement la muqueuse qui borde le trou et s'unit à la peau, au bistouri. S'il y a peu d'épaisseur en un point, au lieu d'abraser, je dédouble. Je n'apporte aucune précaution spéciale dans l'exécution de cet avivement, qui pourra être complété quelques jours après par la cautérisation ignée d'un segment de muqueuse exubérant. Puis je serre le fil : la boucle qui émerge de l'orifice n° 2 s'enfonce aussitôt et disparaît. Le nœud du fil s'enfouit également, je fais trois nœuds sur le crin serré au maximum et coupé au ras du nœud. Inutile d'oblitérer les trous de ponction : un pansement au coton et au stérésol les protège suffisamment contre l'infection.

« Immédiatement la fistule est rétrécie : la striction

du fil, ramenant les muscles autour de l'orifice, transforme celui-ci en un trajet. Le bourgeonnement de la zone avivée fait le reste.

Procédé de Von Hacker

Dans le numéro du mois de juin 1912 du *Zentralblatt für Chirurgie*, Von Hacker a décrit un procédé de cer-

Fig. 6

clage qui ressemble à celui de M. Lenormant, et n'en diffère que par quelques points de technique. Le chirurgien allemand expose son procédé dans les 2 observations de fermeture de gastrostomie, qui sont rapportées à la fin de ce travail. « L'estomac ayant été préalablement lavé et évacué par la fistule, on commence par faire un avivement de la muqueuse et de la peau sur une largeur de plus de 1 centimètre ; la cavité péritonéale ne fut pas ouverte. On pratique alors au-dessus et au-dessous de l'orifice

(fig. 7), à 1 centimètre du bord avivé, une incision médiane verticale (*a* et *b*), intéressant la peau et l'aponévrose. Introduisant par ces incisions une sonde de Kocher, on creuse sous l'aponévrose un canal arqué circonscrivant la moitié droite, puis la moitié gauche de la fistule. Dans le trajet ainsi creusé on passe deux anses de fil d'argent, circonscrivant l'une la moitié droite, l'autre la moitié gauche de l'orifice, et dont les chefs restent libres. On reprend alors avec une aiguille les chefs du fil droit (*d* et *d'*) (entourant la moitié droite de la circonférence de l'orifice), et on les conduit sous la peau pour les faire ressortir à gauche à trois travers de doigt en dehors, l'un de l'incision supérieure, l'autre de l'incision inférieure. Même manœuvre pour le côté gauche (*g* et *g'*).

L'orifice se trouve donc à ce moment circonscrit par deux fils d'argent en U dont les extrémités sortent à 3 centimètres de la ligne médiane, d'un côté ou de l'autre, et dont la branche transversale contourne la demi-circonférence opposée de la fistule. Il est donc évident qu'en tirant simultanément sur les quatre chefs des fils, on resserrera concentriquement l'orifice fistuleux.

On tire donc sur les extrémités des fils, après avoir placé des sutures à la soie sur la muqueuse avivée, et les extrémités des fils d'argent sont alors fixés par des plaques et des grains de plomb.

Et Von Hacker ajoute, « dans le premier cas, la libération des bords de l'orifice gastrique avait été

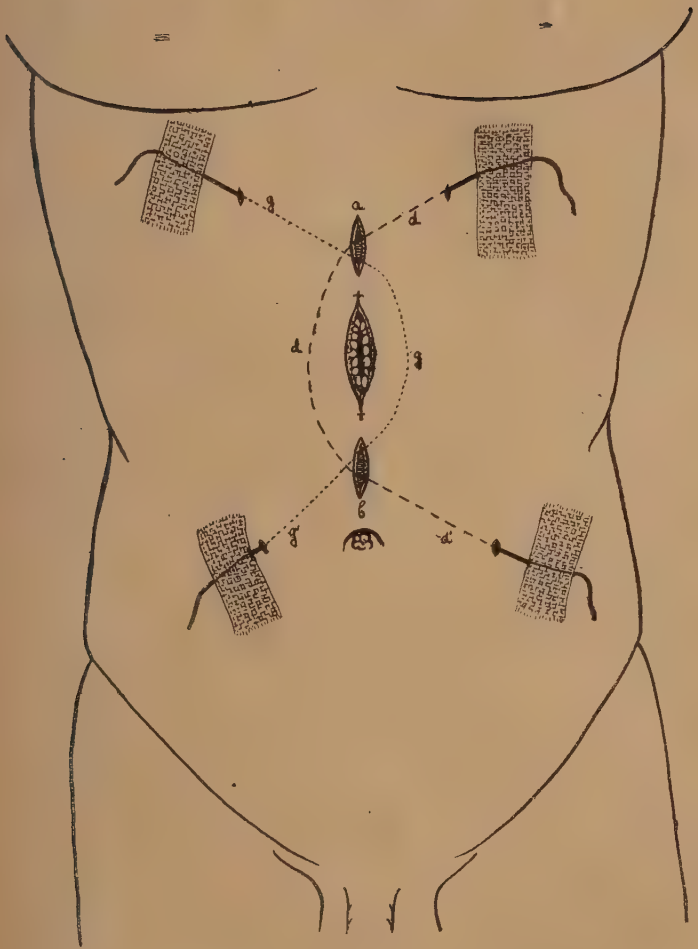

Fig. 7

plus complète, ayant pu préalablement faire une suture de la muqueuse par adossement ».

Comme M. Lenormant, le chirurgien allemand ne serre ses fils de cerclage qu'après avoir suturé la muqueuse.

CHAPITRE III

INDICATIONS OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

I. — Indications opératoires

Selon qu'il s'agit d'une gastrostomie ou d'une entérostomie, les indications opératoires doivent être étudiées séparément.

1° *Gastrostomie*

Dans ce cas, un double but peut être recherché par le chirurgien : ou bien rétrécir un orifice trop large et incontinent sans le supprimer, ou bien refermer complètement l'orifice.

La première de ces conditions est réalisée toutes les fois qu'une gastrostomie a été établie d'une façon définitive, à la suite par exemple de rétrécissement infranchissable de l'œsophage ou bien pour un cancer siégeant sur ce conduit.

Le cerclage employé dans ces conditions permet d'améliorer considérablement les accidents provoqués, chez ces malades, par l'issue du liquide gas-

trique : ulcération des téguments, eczéma étendu de la peau, etc.

C'est dans ces cas que M. Robineau l'a utilisé et les observations qu'il nous a données à ce sujet sont particulièrement instructives.

La deuxième condition, fermeture complète de la bouche gastrique, est réalisée, au contraire, toutes les fois qu'une gastrostomie temporaire a été faite, comme dans les deux cas de Von Hacker, pour sténoses de l'œsophage, par brûlure. Là encore le cerclage rend de grands services, et les deux observations du chirurgien allemand montrent qu'on peut obtenir une réunion par première intention, même dans les cas les moins favorables, puisque les deux malades en question présentaient des téguments infectés.

2° *Entérostomie*

Ici le but du chirurgien est de rechercher toujours la fermeture, mais deux moyens s'offrent à lui pour le réaliser.

Le premier de ces moyens consiste à fermer l'orifice par première intention, et dans ce cas, le cerclage n'est que le complément des autres procédés de suture, de dédoublement et d'avivement. C'est d'ailleurs toujours dans ce but que M. Lenormant a employé ce procédé opératoire.

Le second moyen consiste à rétrécir l'orifice, au moyen d'un ou de plusieurs cerclages successifs

s'il est nécessaire, et à laisser le bourgeonnement achever la fermeture. C'est la méthode suivie par M. Robineau.

L'un et l'autre de ces procédés peut être employé, mais quelle que soit la méthode suivie par le chirurgien, que ce soit par réunion par première intention ou par bourgeonnement, le cerclage ne peut s'appliquer qu'à tout orifice d'anus ou de fistule stercorale qui réalise ces trois conditions :

1° Absence complète d'éperon, que celui-ci n'existe pas, ou qu'il ait été préalablement sectionné ;

2° Qu'il existe un anus ou une fistule labiée. Dans un cas, en effet, de fistule pyo-stercorale, M. Lenormant a eu un échec complet ;

3° Avoir une voie inférieure libre.

L'absence de cette dernière condition a été la cause de plusieurs échecs (obs. VIII).

II. — Résultats

Ici encore nous distinguerons les résultats dans la gastrostomie et dans l'entérostomie.

1° *Gastrostomies*

M. Robineau nous a présenté 3 observations de ce genre. Dans 2 cas, le résultat cherché, c'est-à-dire la continence de la bouche gastrique a été obtenu. Le troisième cas (obs. XIII) n'a été qu'un succès partiel, car la mort prématurée du malade a empêché de

pratiquer un troisième cerclage, qui aurait amené vraisemblablement une continence déjà presque complète. Dans les deux premiers cas (obs. XI et XII) la continence absolue a été observée au bout d'un temps variant de dix-huit à trente jours.

Von Hacker a publié 2 cas (obs. XIV) suivis de deux succès complets.

En résumé, sur 5 observations nous avons :

Quatre succès ;

Un échec partiel.

2° *Entérostomies*

Nous avons présenté à la fin de ce travail 10 observations de fermeture d'anus artificiel, et nous pouvons ajouter à cette liste le cas rapporté par von Hacker, dans le numéro déjà cité du *Zentralblatt für Chirurgie* et relatif à la fermeture d'un anus cæcal, et 1 cas de M. Robineau, également relatif à un anus cæcal dont l'observation a été perdue, mais dont le résultat est connu.

Sur ces douze cas, nous avons les résultats suivants :

Neuf guérisons ;

Deux échecs partiels ;

Un échec complet.

Les échecs peuvent se classer en deux groupes : les échecs complets et les échecs partiels où il persiste une fistulette mais où l'orifice déjà notablement rétréci ne laisse plus passer que quelques gouttes

de liquide. Et d'ailleurs, dans plusieurs de ces cas, la mort prématurée du malade par cachexie ou pour tout autre cause, a empêché de constater une fermeture parfaite.

Un seul échec complet est celui que nous rapportons dans l'observation X ; et ici encore, les causes de cet insuccès opératoire ne peuvent être exactement déterminées, à cause du manque de renseignements précis que nous avons pu recueillir sur ce malade. Nous ignorons, en effet, et les accidents qui ont nécessité l'établissement d'un anus cæcal, et l'état du bout inférieur de l'intestin, et enfin les raisons qui ont conduit à la fermeture de l'anus artificiel, tous facteurs qui influent énormément sur les conditions opératoires.

Avantages du cerclage

Quelle que soit la technique employée pour l'effectuer, ce procédé opératoire présente plusieurs avantages :

1° Il est simple et peut être exécuté sans anesthésie générale avec un minimum d'instruments ;

2° Il est d'une bénignité parfaite : les résultats opératoires qui sont exposés ci-dessus le prouvent clairement. Il est impossible d'en dire autant des opérations intra-péritonéales, ce qui se comprend aisément, étant donné les mauvaises conditions d'asepsie, dans lesquelles on se trouve obligé

d'ouvrir la cavité péritonéale. En effet, d'après les statistiques récentes (Jourdan, thèse de Montpellier, 1910), la mortalité opératoire est encore de 13,55 o/o, en ce qui concerne seulement l'enterectomie. Il est vrai que, d'après le même auteur, elle est nulle dans l'entéro-anastomose, de 3 o/o dans l'enterroraphie latérale et de 5,55 o/o dans l'exclusion unilatérale. Néanmoins, dans l'ensemble, la mortalité reste encore élevée ;

3° Il est souvent efficace ; et alors même que le but recherché, c'est-à-dire la fermeture d'une fistule par première intention, ou la continence d'une bouche gastrique, n'a pas été obtenu complètement du premier coup, il est rare que l'opération ne donne pas un progrès sensible dans le rétrécissement de l'orifice, ce qui n'a pas lieu dans les interventions par les autres méthodes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. Lenormant.)

Femme de soixante-treize ans. Opérée rue de la Santé, pour des accidents d'occlusion intestinale ayant débuté dans la nuit du 16 au 17 janvier 1907. La malade est opérée d'urgence dans la soirée du 18 janvier. On pratique un anus cæcal sans faire d'exploration intra-abdominale. La malade guérit malgré une congestion pulmonaire et une double parotidite. Dès qu'elle commence à se lever, on constate un peu de prolapsus muqueux au niveau de l'anus artificiel. Trois semaines après, à l'occasion d'une grippe, ce prolapsus s'accuse considérablement. Dans les mois qui suivent, l'état est le suivant : le prolapsus reste réduit dans le décubitus dorsal, et habituellement dans la station debout, quand la malade porte un appareil contentif La plus grande partie des matières passe alors par les voies naturelles et la malade a ainsi une ou deux fois par jour des garde-robes normales par l'anus; mais, dès qu'on supprime l'appareil, l'intestin s'éverse au niveau de l'anus artificiel, formant une tumeur grosse comme le poing, à la surface de laquelle on voit les

deux orifices par où sortent les matières. Quand le prolapsus est ainsi dehors, la totalité des matières passe ainsi par l'anus artificiel.

13 juillet 1908. — Dans le but de remédier à ce prolapsus on pratique un simple cerclage de l'anus cæcal au fil d'argent ; on rétrécit l'orifice au calibre d'un crayon. Le résultat est satisfaisant : le prolapsus ne se reproduit plus et la plus grande partie des matières passe par les voies naturelles. Ce résultat se maintient jusqu'au mois de décembre 1908. A ce moment la malade a eu une nouvelle attaque de grippe. Au cours d'efforts de toux, le prolapsus se reproduit et la réduction est difficile en raison de la présence du fil d'argent. Celui-ci est enlevé le 31 décembre par une petite incision cutanée. Aussitôt après le prolapsus se reproduit comme par le passé, mais sa réduction devient facile.

16 mars 1909. — On répète la même intervention avec le même résultat, mais au bout de quinze jours, la malade dans un effort rompt son fil d'argent et le prolapsus reparaît de nouveau.

26 avril 1909. — On pratique une dernière fois le cerclage de l'anus cæcal, en le combinant cette fois avec le dédoublement et la suture de ses lèvres, de façon à en obtenir la fermeture complète. Le cerclage est pratiqué au moyen d'un fil d'aluminium fort. La muqueuse est suturée par six ou sept points de catgut à la Lambert et la peau par des crins de Florence. Le résultat est bon. Les fils cutanés ne coupent pas, et quand on les enlève le septième jour, la réunion est complète sauf en un petit point. Il persiste seulement, au niveau de la cicatrice, un orifice punctiforme qui ne donne passage à un peu de mucosités et de matières liquides que

lorsque la malade a la diarrhée. La totalité des matières passe par les voies naturelles. Le fil de bronze est bien supporté et ne détermine aucun trouble.

La malade est restée dans cet état pendant plus d'un an, puis une récidive, des accidents d'occlusion paralytique qui avaient nécessité la première intervention, ont obligé à élargir quelque peu les fistules. Le prolapsus ne s'est pas reproduit au niveau de l'anus cæcal.

OBSERVATION II

(M. Lenormant.)

Femme de quarante ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin le 6 mars 1910, pour des accidents d'occlusion intestinale datant de six jours (observation en partie publiée au Congrès de Chirurgie de 1910).

L'opération immédiatement pratiquée montre qu'il s'agit d'un volvulus du cæcum. On pratique la détorsion de l'intestin, mais comme l'anse reste énormément distendue, malgré une ponction, on la fixe à la paroi, après l'avoir incisée, de façon à créer un anus cæcal de décharge. Cette cæcopexie doit en outre éviter la récidive du volvulus. L'anus artificiel mesure environ un demi-centimètre. Les suites furent régulières et la malade guérit. La circulation des matières se rétablit le quatrième jour, leur issue se faisant à la fois et en quantités à peu près égales, par l'anus artificiel et les voies naturelles.

La malade est revue le 12 avril. L'anus contre nature s'est beaucoup élargi, et l'intestin fait à ce niveau un prolapsus

gros comme un œuf facilement réductible. La totalité des matières passe à ce moment par l'anus cæcal.

18 avril 1910. — On pratique le cerclage de l'anus artificiel au fil de bronze et on ferme l'orifice par dédoublement et suture. Le dédoublement est assez difficile à cause de l'état cicatriciel des tissus. Au moment d'achever la suture on s'aperçoit que le fil de cerclage est à nu, dans le fond de la zone de dédoublement ; craignant qu'il ne s'infecte et s'élimine on l'enlève, et on le remplace par un gros catgut, passé en bourse de la même manière. La muqueuse est fermée par un surjet de catgut, et la peau fermée à la soie. Suites excellentes. La malade va à la selle le lendemain par les voies naturelles. Les fils cutanés sont enlevés le sixième, et le huitième jour, la plaie est réunie par première intention et la fermeture de l'anus artificiel est complète. La malade quitte l'hôpital le 28 avril.

Elle a été revue en janvier 1913, avec des fonctions intestinales normales, une bonne cicatrice cutanée, mais une éventration au niveau de l'ancien anus.

OBSERVATION III

(M. Lenormant.)

Garçon de neuf ans. Entré à l'hôpital Saint-Louis le 21 avril 1910, pour une appendicite suppurée et opérée d'urgence.

L'intervention n'est pas suivie d'une chute complète de la température, et sans qu'il y ait de foyer nouveau, l'enfant reste jusqu'à la fin de mai, avec des poussées ther-

miques irrégulières, de l'amaigrissement et une plaie qui ne se cicatrise pas.

28 mai. — Surviennent des accidents d'occlusion intestinale aiguë. On voit l'enfant le 30 dans un état très grave avec hypothermie. Laparatomie immédiate qui montre que l'occlusion est due à des adhérences de l'intestin grêle au niveau du foyer avec coudure en canon de fusil. Ces adhérences sont libérées, puis pour assurer une évacuation rapide de l'intestin que semble nécessiter l'état grave du malade, on ouvre le cæcum encore à nu dans l'incision de la première opération : suture de la muqueuse cæcale à la peau. Il s'écoule immédiatement une grande quantité de matières liquides. L'anus cæcal continue à fonctionner abondamment les jours suivants. Le malade se remonte peu à peu et finit par guérir ; une petite partie des matières seulement passe par le rectum.

A la fin de juillet, l'état général est excellent : l'anus cæcal s'est rétréci peu à peu et les matières ont repris peu à peu leur cours normal. Il ne reste plus qu'une fistule étroite, donnant passage à une petite quantité de liquide. Le malade reste dans cet état jusqu'à la fin de l'année.

5 janvier 1911. — On pratique la fermeture de la fistule par le procédé du cerclage et du dédoublement. Suites bonnes ; la réunion par première intention est obtenue en une semaine et la fermeture de l'anus est complète.

Le malade a été revu en parfait état en 1912.

OBSERVATION IV

(M. Lenormant.)

Homme de quarante ans, entré à l'hôpital Necker, salle Lefort, le 9 décembre 1910, pour un énorme phlegmon gangreneux des deux fosses ischio-rectales. On pratique immédiatement l'incision de ces phlegmons. La portion sous-péritonéale du rectum est complètement disséquée par le pus. Les accidents généraux cèdent, mais la plaie par laquelle passe la plus grande partie des matières suppure abondamment et n'a aucune tendance à se cicatriser. Aussi, dans le but de dériver la circulation intestinale, on fait le 21 janvier 1911 un anus iliaque par le procédé de Maydl-Reclus. Lorsqu'au bout de cinq jours, on veut couper l'intestin, la baguette passée dans le mésentère tombe de telle sorte, qu'on ne peut faire qu'une incision latérale au lieu d'une section complète du côlon. On a donc fait un anus latéral sans éperon. La dérivation des matières est incomplète. Elle suffit cependant à améliorer beaucoup l'état local et la cicatrisation des plaies périnéales se fait peu à peu. Elle n'est complète qu'au commencement de juillet.

7 août 1911. — On pratique la fermeture de l'anus, par le procédé du cerclage et du dédoublement : fils de bronze, catgut, crins de Florence. La réunion par première intention est obtenue et quand on enlève les fils cutanés le septième jour, la fermeture de l'anus est complète et définitive.

Le malade revient un mois plus tard, parce qu'il souffre

au niveau de sa cicatrice : on constate un peu d'œdème et de rougeur dans cette région.

Par une petite incision faite sous anesthésie locale, on enlève le fil de bronze, autour duquel s'est formé une petite collection purulente. Cicatrisation en quelques jours, la fermeture de l'anus artificiel reste solide.

OBSERVATION V

(M. Lenormant.)

Femme de vingt ans, entrée à l'hopital Necker, pavillon Nélaton, en août 1911 pour une appendicite.

29 août.— *Opération.* — L'ablation de l'appendice est très pénible en raison d'adhérences étendues, et le lendemain, il se produit une hémorragie secondaire, qui oblige à désunir et à tamponner la plaie. Après avoir présenté des accidents fort graves, la malade guérit, mais en conservant une fistule stercorale qui s'est ouverte le septième jour et qui siège très probablement sur le cæcum. Cette fistule est large (un demi-centimètre environ) ; elle est bordée sur tout son pourtour, par la muqueuse intestinale se continuant avec la peau. Elle donne passage à une assez grande quantité de matières liquides et nécessite plusieurs pansements par jour. Les évacuations continuent cependant à se faire normalement par les voies naturelles. Comme la fistule ne présente aucune tendance à la fermeture spontanée on en pratique la cure le 18 novembre 1911 par le procédé du cerclage (catgut n° 2) et du dédoublement. On obtient un succès complet. Fermeture définitive de l'anus en huit jours.

La malade a été revue en parfait état six mois plus tard.

OBSERVATION VI

(M. Lenormant.)

Homme de soixante ans.

Ce malade présentait depuis dix-huit mois des troubles intestinaux dont le plus important était une constipation rebelle : il avait des gardes-robes noirâtres. Lorsque M. Lenormant le vit, la palpation de l'abdomen révélait dans la fosse iliaque gauche, un boudin allongé et dur, sensible à la pression, semblant mobile, et qui ne disparut pas à la suite de l'évacuation de l'intestin. Une radiographie faite par le Dr Aubourg après lavement bismuthé, montra qu'il y avait un rétrécissement infranchissable au milieu du côlon pelvien.

Le diagnostic de cancer fut posé, et le 21 septembre 1911, M. Lenormant opéra. Il se trouva en présence d'une tumeur mobile, qui fut facilement extériorisée. Il en fit la résection en un seul temps et sutura l'intestin bout à bout. « Par mesure de prudence, dit-il, on pratique en amont de la résection un anus de sûreté : courte incision dans la fosse iliaque droite, qui permet de reconnaître et de fixer le cæcum par des sutures séro-séreuses ; l'intestin est alors ouvert dans une petite étendue et on ourle sa muqueuse à la peau.

» L'anus cæcal ne commence à fonctionner qu'au bout de quarante-huit heures, puis bientôt les matières commencent à s'évacuer par les voies naturelles, sous l'influence des lavements. Le malade guérit sans complications, il se lève

le quinzième jour, reprend rapidement ses forces et peut retourner chez lui le 15 octobre.

» Il revient douze jours après, en parfait état, ayant augmenté de 3 kilos, pour faire fermer son anus cæcal. Les fonctions intestinales sont régulières. La plus grande partie des matières est évacuée par l'anus normal ; l'anus cæcal, qui s'est un peu rétréci, ne donne passage qu'à une petite quantité de matières épaisses. »

28 octobre 1911. — Sous chloroforme, fermeture de l'anus cæcal. Une courte incision de 5 millimètres est faite en dehors, à une certaine distance de l'anus artificiel : elle permet de passer tout autour de celui-ci un catgut n° 2 : ce fil d'encerclement n'est pas encore serré. On pratique alors un avivement de l'orifice cæcal, en détachant sur ses bords la muqueuse de la peau. Ceci fait, on suture les lèvres muqueuses par des points séparés à la soie fine : puis on serre à fond, on noue le fil d'encerclement, et on enfouit le nœud sous un point de suture, fermant la petite incision qui a servi à placer le fil.

Suites régulières, le malade va spontanément à la selle le deuxième jour. La réunion complète ne fut cependant pas obtenue.

Lors de l'ablation des fils le sixième jour, il y eut une légère suppuration superficielle et il persiste une très petite fistule stercorale, donnant passage de temps à autre à quelques gouttes de matières liquides. Deux cautérisations de l'orifice fistuleux faites à la fin de novembre et au commencement de décembre n'en amenèrent pas la cicatrisation complète, mais la réduisirent à un pertuis ponctiforme.

L'état reste le même jusqu'au mois de mars 1912, la fistu-

lette ne donnant qu'à intervalles assez éloignés une ou deux gouttes de liquide.

En mars, on constate les signes d'une récidive, pour laquelle on pratique, le 15 juin 1912, une iléo-sigmoïdostomie. Cette intervention rétablit le cours régulier des matières, mais le malade continue à se cachectiser et meurt en octobre 1912 sans avoir présenté de nouveaux accidents d'occlusion.

OBSERVATION VII

(M. Robineau.)

Homme de cinquante-sept ans, opéré d'urgence le 25 juillet 1906 pour des accidents d'occlusion chronique, arrivés à la phase aiguë, et liés à un cancer du côlon descendant. Anus contre nature sur le cæcum, après fixation pariétale.

16 octobre 1906. — Résection du cancer adhérent à la fosse iliaque et aux vaisseaux spermatiques. Guérison retardée par un abcès tardif de la fosse iliaque.

23 octobre. — On pratique sous chloroforme la cure de l'anus cæcal, par le procédé extra-péritonéal classique (dissection des lèvres de la fistule, suture d'un plan muqueux et d'un plan cutané). Échec complet. On laisse la fistule se rétablir : l'anus a la dimension d'une pièce de 2 francs.

6 novembre. — Cerclage avec un fort catgut : avivement de la muqueuse qui borde l'orifice. L'écoulement des matières diminue beaucoup : mais la muqueuse est exubérante et nécessite une cautérisation le 15 novembre. Puis l'état reste stationnaire, ou plutôt la fistule s'agrandit un peu.

24 novembre. — Nouveau cerclage avec un crin cette fois, après avivement large de l'orifice muco-cutané. On obtient un accolement presque exact des lèvres de cet orifice.

5 décembre 1906. — La fistule est spontanément oblitérée.

Je pense que l'échec du premier cerclage est dû à une résorption trop rapide du catgut.

OBSERVATION VIII

(M. Robineau)

Fillette de douze ans opérée en 1903, pour une rectite avec rétrécissement, suppuration intense, et fistule vaginale, fessière et sacrée ; anus iliaque gauche avec éperon.

Six mois plus tard, la suppuration étant à peu près tarie, je fais une amputation du rectum, très pénible à cause de la péri-rectite étendue, et je supprime tous les trajets fistuleux. Réunion secondaire.

De 1904 à 1907. Amélioration puis guérison complète de la rectite ; dilatation du rétrécissement au niveau de la suture recto-cutanée jusqu'à un calibre normal. Les matières sortent en totalité par l'anus iliaque, dont l'orifice inférieur est presque oblitéré.

Août 1907. — (Seize ans). Laparotomie médiane, et entéro-anastomose latérale sur le colon descendant : les difficultés de suture sont considérables, car le segment étendu entre l'anus iliaque et le rectum est devenu trop court par suite de la résection rectale. Par prudence, je laisse ouvert l'anus iliaque transformé ainsi en fistule latérale. Les matières sortent par le rectum et par l'anus artificiel.

Cette jeune fille étant employée, ne dispose que de trois semaines par an pour se faire soigner.

Août 1908. — Cerclage de la fistule iliaque au crin, non suivi de succès, la fistule se réduit au calibre d'un petit crayon. Plusieurs cautérisations sans résultat. Il est à remarquer que la moindre incision chez cette malade, donne lieu à des chéloïdes énormes. Le crin de cerclage s'est entouré d'un bourrelet chéloïdien, ce qui m'oblige à l'enlever.

La fistule ne s'agrandit pas.

Juillet 1909. — J'essaie la cure extra-péritonéale classique, Désunion complète de toutes les sutures : la fistule qui admet l'index laisse passer beaucoup de matières.

Octobre 1909. — Sans interrompre un seul jour les occupations de la malade, je lui fais un cerclage sans avivement, dans le but de rétrécir la fistule : l'incontinence devient supportable.

Août 1910. — Nouveau cerclage aux crins avec avivement ; les tissus toujours indurés ne peuvent être amenés au contact. Après quelques cautérisations, j'obtins une fistule punctiforme, ne laissant pas passer la tête d'une épingle : mais elle ne s'oblitère pas, malgré de nouvelles cautérisations, et laisse passer de temps à autre, un peu de liquide stercoral.

Il devient évident, qu'il existe un obstacle au-dessous, et la rectoscopie haute révèle, à 22 centimètres de l'anus, une bride valvulaire, retrécissant l'intestin des deux tiers de son calibre. C'est certainement la trace de l'anastomose intestinale faite en 1907.

C'est seulement en 1912 que cette bride a pu être sec-

tionnée, en plusieurs fois, aux galvano-cautère, ce qui a amené l'oblitération de la fistule iliaque.

OBSERVATION IX

(MM. Robineau et Sauvage.)

Cette observation a déjà été publiée, en ce qui concerne la partie obstétricale, par M. Sauvage, accoucheur des hôpitaux dans *le Bulletin de la société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* de janvier 1913. M. Sauvage pratiqua chez cette malade le 31 juillet 1912 l'opération de Porro, pour un accouchement impossible par les voies naturelles et infection pendant le travail.

A la suite de cette intervention, pseudo-occulsion consécutive par péritonite diffuse. Anus cæcal *in extremis* le 4 août par M. Robineau. Guérison. La malade se lève le 27 août.

Le 6 décembre 1912, cure de l'anus contre nature, d'ailleurs rétréci spontanément et ne fonctionnant que par intermittences. On fait sous chloroforme, la malade refusant l'anesthésie locale, le cerclage au crin de Florence, après avivement des bords de la fistule. Deux jours après, la fistule qui admettait l'index est très petite, et laisse sortir une quantité insignifiante de matières.

Le deuxième jour, la cicatrisation est complète sans autres soins.

OBSERVATION X

(M. Anselme Schwartz.)

Homme de vingt-deux ans.

Opéré à l'hôpital Cochin, pour des accidents d'occlusion intestinale ayant débuté le 13 septembre 1911, dans l'après-midi. Le malade est opéré d'urgence, ce même jour par M. Pierre Duval, chirurgien des hôpitaux. On pratique un anus cæcal.

L'opération est faite avec succès, et les matières s'écoulent à la fois, par les voies naturelles et par l'anus artificiel. Les matières évacuées par les voies naturelles sont toujours dures, et leur expulsion nécessite des lavements souvent répétés, ce résultat n'est obtenu qu'au prix de violentes coliques.

Par l'anus artificiel, il s'écoule des matières demi-molles, en abondance variable.

Le malade peut sortir de l'hôpital quelques semaines après, son état général est bon.

Cet état persiste jusqu'au 29 juillet 1912, époque à laquelle le malade est obligé de revenir à l'hôpital Cochin, pour un phelgmon gangréneux de la fosse ischio-anale gauche, qui est incisé quinze jours après son entrée à l'hôpital. A la suite de cette incison, il persiste une fistule qui nécessite une seconde intervention trois mois après.

Pendant ce temps, l'état général du malade s'est altéré, il a maigri, pâli, et ses forces ont diminué. L'anus cæcal ne

présente pas de modifications : toujours même écoulement de matières par les voies naturelles et l'anus cæcal.

Le 15 novembre 1912, M. Anselme Schwartz procède à la fermeture de l'anus cæcal, selon le procédé de M. Lenormant, tel qu'il a été décrit dans la première partie de ce travail.

L'échec a été complet et actuellement l'anus cæcal présente le même écoulement de matières qu'auparavant.

Les observations suivantes ont trait à la fermeture de gastrostomies.

OBSERVATION XI

(M. Robineau.)

Homme âgé de cinquante-cinq ans, atteint de cancer de l'œsophage, opéré dans un hôpital de Paris en juin 1904 : une gastrostomie a été pratiquée dans des conditions qui ne sont pas connues.

Il revient à l'hôpital dans le courant du mois d'août 1904, pour incontinence de la bouche gastrique : les liquides ingérés ressortant en grande partie après l'introduction. Les téguments sont largement ulcérés autour de la fistule et sont le siège d'une cuisson très douloureuse. La fistule a le calibre d'une sonde n° 28. Son trajet très court conduit directement dans l'estomac.

20 août 1904. — *Opération*. — Cerclage de la fistule avec un fil de soie. Pour ne pas risquer de trop serrer le fil, j'ai introduit dans la fistule une sonde en gomme n° 14 ; mais

j'ai beau serrer le fil avec force, je ne puis arriver à empêcher la sonde de jouer librement dans le trajet.

Le résultat est immédiat, et l'incontinence cesse complètement : mais un petit abcès se développe au point de ponction de l'aiguille et m'oblige à retirer le fil six jours après l'opération. L'incontinence réapparaît, moins prononcée qu'auparavant.

8 septembre 1904. — Deuxième cerclage au crin de Florence, serré au maximum. Cette fois, il ne se produit aucun incident, et la continence existait encore complète un mois plus tard. Le malade n'a pas été revu.

OBSERVATION XII

(M. Robineau.)

X... a été gastrostomisé en province il y a plus de deux mois : la fistule est assez large pour admettre un gros crayon : la peau de l'abdomen est digérée sur une grande surface, enflammée, très douloureuse. Le malade est très cachectique, car un cancer de l'œsophage paraît déjà ancien : l'alimentation est très insuffisante, à cause de l'incontinence ; enfin, il ne dort plus, parce qu'il souffre de son ulcération cutanée.

Août 1906. — *Opération.* — Sans m'occuper de l'ulcération des téguments, je fais un cerclage au crin, piquant l'aiguille dans la plaie même. Pas d'incident. La continence est obtenue immédiatement et le jour même, les liquides gastriques ne se déversent plus sur la peau ; les douleurs s'atténuent. Le malade rentre chez lui, je le revois huit jours après satisfait et ne souffrant plus : l'ulcération bourgeonne.

J'ai appris ultérieurement que ce malade avait succombé dix-huit à vingt jours après le cerclage, sans avoir présenté d'incontinence, aux progrès de sa cachexie.

OBSERVATION XIII

(M. Robineau.)

Homme de quarante-deux ans, a subi en Angleterre une gastrostomie pour cancer de l'œsophage. On a créé une large bouche gastrique, puisqu'elle a la dimension d'une pièce de cinq francs ; à travers, on peut aisément inspecter la muqueuse de l'estomac. Un ingénieux appareil en caoutchouc devant être constamment porté, est destiné à l'introduction des aliments. Il doit aussi s'opposer à l'issue des liquides gastriques, mais remplit très mal ce dernier rôle. En effet, la continence est des plus défectueuses : la peau est largement ulcérée, et l'application de l'appareil sur cette plaie est si douloureuse que le malade préfère le retirer et rester à jeun. Les pansements alcalins n'ont procuré aucune amélioration.

Malgré des conditions si mauvaises, j'essaie le cerclage de ce vaste orifice en août 1906, et je serre au maximum le crin faufilé dans la paroi, à un centimètre environ des bords de l'orifice. Deux fois le crin casse ; le troisième, un peu moins serré, résiste. Je suis arrivé ainsi à réduire la fistule aux dimensions d'une pièce de 2 francs. L'incontinence n'est pas modifiée : on nourrit le malade avec de très petites quantités d'aliments à la fois.

Dix jours plus tard, deuxième cerclage, en insinuant le fil plus près des bords de l'orifice. Le crin étant serré, j'enlève

le fil précédent devenu inutile. La fistule s'est notablement rétrécie, puisqu'elle n'admet qu'une sonde n° 22. Les tissus ont été en quelque sorte ramassés autour d'elle ; et il existe maintenant un trajet appréciable entre l'estomac et la peau. L'incontinence n'est que partielle au moment de l'ingestion des repas. L'ulcération s'améliore.

La mort de ce malade m'a empêché de procéder à un troisième cerclage, qui aurait vraisemblablement était suivi d'une continence absolue.

OBSERVATION XIV

(Von Hacker, *Zentralblatt für chirurgie*, juin 1912.)

« J'ai eu récemment deux fois l'occasion de fermer opératoirement une fistule gastrique devenue incontinente chez des malades qui m'avaient été adressés comme atteints de rétrécissement infranchissable après échec du cathétérisme sans fin. Dans un de ces cas on avait fait la gastrostomie par le procédé de Witzel, dans l'autre par celui de Lücke ; mais dans les 2 cas l'orifice était sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. On n'avait donc pas utilisé la musculature abdominale pour la fermeture de la fistule. Dans les 2 cas, le drain introduit ne fermait plus exactement la fistule, celle-ci ayant été élargie jusqu'à atteindre le calibre du doigt par le passage de gros tubes pour le cathétérisme sans fin. Comme il m'arrive, dans mes cas habituels, lorsque la dilatation de l'œsophage était suffisante pour que le malade pût s'alimenter complètement par la bouche et passer de grosses sondes de haut en bas, on n'avait pas réussi à obtenir un rétrécissement pro-

gressif de la fistule par l'introduction de tubes de plus en plus minces. Toutes les tentatives de fermeture avaient manqué, et il existait un large eczéma de la peau, conséquence de l'issue de suc gastrique. L'examen montrait qu'une fistule labiée complète s'était constituée par épithélisation du court canal fistuleux. Dans les 2 cas, on avait affaire à des sténoses œsophagiennes par brûlure très rebelles. Chez l'un des malades, garçon de sept ans, la fistule datait de deux ans et demi; chez l'autre, homme de trente deux-ans, elle existait depuis plus d'un an. En raison de l'eczéma, je craignis l'ouverture du péritoine, et je renonçai à faire une opération intra-péritonéale. Je préférai donc le procédé extra-péritonéal de l'avivement et de la suture. »

L'opération fut conduite selon la technique qui a été décrite dans la première partie de ce travail.

Les résultats opératoires furent excellents, puisque l'auteur ajoute : « La réunion par première intention fut obtenue dans les 2 cas ; les fils de soie furent enlevés le septième jour, et les plaques de plomb le douzième jour. Les malades sortirent guéris quelques jours après ».

CONCLUSIONS

1° Le procédé du cerclage que nous avons décrit dans ce travail peut s'appliquer soit aux fistules labiées de l'intestin et aux anus artificiels sans éperon, soit aux orifices de gastrostomie ;

2° Dans l'un et l'autre cas, on peut l'employer de deux façons différentes ; soit fermeture par première intention de la fistule, soit rétrécissement simple et fermeture secondaire de l'orifice par bourgeonnement.

3° Ce procédé opératoire est d'une exécution simple et facile et peut s'exécuter à la rigueur sous l'anesthésie locale, soit même sans anesthésie, quand on se borne à passer un fil de cerclage pour rétrécir l'orifice.

4° Il est d'une bénignité très grande : avantage qui mérite bien d'être pris en considération quand on a affaire à des malades déjà fatigués, souvent plus ou moins infectés, qui supporteraient mal le schock d'une opération intra-péritonéale toujours plus longue et plus grave.

5° Les résultats opératoires sont excellents puisque

sur les 12 cas de fermeture d'anus artificiel que nous avons présentés, nous relevons :

9 guérisons ;

2 échecs partiels ;

1 échec complet.

et sur 5 cas de fermeture de gastrostomie, nous relevons :

4 guérisons ;

1 échec partiel.

Vu : le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2130-13